


وزارة الصحة
Ministry Of Health
جمهورية العراق
وزارة الصحة
دائرة التخطيط وتنمية الموارد
قسم ادارة شؤون التمريض



# دليل تمريض العناية المركزة

الطبعة الأولى
بغداد ٢٠٠٥م




جمهورية العراق

وزارة الصحة

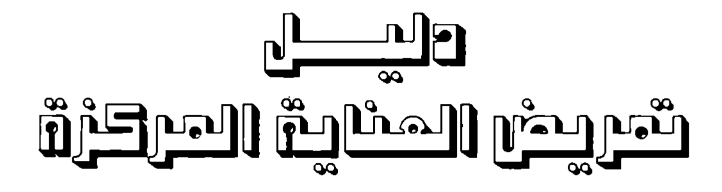
دائرة التخطيط وتنمية الموارد

قسم إدارة شؤون التمريض



World Health Organization

منظمة الصحة العالمية




الطبعة الأولى

بغداد ٢٠٠٥

# تمريض العناية المركزة

## المؤلفون

**د. وداد كامل محمد**
كلية التمريض/جامعة بغداد

**الممرضة الجامعية**
**سحر ادهم**
دائرة صحة بغداد/الكرخ
مستشفى ابن البيطار

**الممرض الجامعي**
**علاوي عطية**
دائرة صحة بغداد/الرصافة
مستشفى ابن النفيس

**الممرض الجامعي**
**عماد جليل**
دائرة التخطيط/قسم إدارة شؤون التمريض

**الممرض الجامعي**
**محمد شوكت**
المركز العراقي لأمراض القلب

**المقيم العلمي**
**أ. م.سميرة عبد الأحد**
كلية التمريض/جامعة بغداد

**المقيم اللغوي**
**ثامر نوري**
دائرة التخطيط/ مكتب المدير العام

**متابعة مراحل التأليف والإشراف الفني على الطبع مع التدقيق**

**الممرضة الجامعية**
**فريال عبد الجليل**
دائرة التخطيط وتنمية الموارد
مديرة قسم إدارة شؤون التمريض
مديرة برنامج التمريض مع منظمة الصحة العالمية

**المهندسة**
**طليعة مهنا شهاب**
دائرة التخطيط وتنمية الموارد
قسم إدارة شؤون التمريض/شعبة التعليم الصحي



# دليل العناية التمريضية في وحدة العناية المركزة

## ١. المقدمـــــــة

إن الدليل الذي بين أيديكم يضم بين دفتيه مفردات وأساسـيات تقديم العناية التمريضية للمرضى في وحـدات العنايـة المركـزة لجراحة القلب والصدر، اعد لتطوير معلومات وممارسات العاملين الذين يقومون بتقديم العناية المباشرة للمرضى.

## ٢. الأهـــــداف

**تتلخص الأهداف العامة لهذا الدليل على:**

٢-١ توفير عناية مثالية لتغطية حاجات المريض على أسـس علمية مـن خلال تحسـين أدراك الملاكات الصحية العاملـة داخـل الوحـدات المتخصصة بتقديم العناية المباشرة للمرضى وإحساسهم بأهمية ودقـة الخدمات وتقويم الفعل والأداء المؤثر على الحالة العامة للمرضى.

٢-٢ تقليل العبء الاقتصادي المرتبط بحدوث المضاعفات وتجنب احتمـال حـدوث المضاعفات نتيجة الممارسات الخاطئة للعاملين.

٢-٣ استخدام المصادر المتاحة بطريقة فعالة.

٢-٤ التقليل من نسبة الوفيات ومعدل حدوث المضاعفات.

٢-٥ تحسين وتطوير نظام العناية الصحية المقدمة مـن خـلال المسـاهمة الفعالة باستخدام المعلومات العلمية الحديثة.

# الفصل الأول

١. تصميم العناية المركزة.

٢. عربة الطوارئ.

٣. تحضير السرير لاستقبال المريض في وحدة العناية المركزة.

٤. الأدوية التي يجب توافرها في وحدة العناية المركزة.

# الفصل الأول

## ١. تصميم العناية المركزة

إن عدد أسرة العناية المركزة يعتمد على حجم وعمل المستشفى وكل وحدة عناية مركزة يجب أن تحتوي على (٦-١٢) سرير وكلما ازداد عدد الآسرة كلما كانت هنالك صعوبة في إدارة وتقديم العناية لهؤلاء المرضى وان الحد الأقصى لاستقبال المرضى في وحدة العناية المركزة هو تسبعة أشخاص فقط، وهذا يعني أن المستشفيات ذات الأحجام الصغيرة لا تستطيع دعم وحدة العناية المركزة اقتصاديا.

تحتاج وحدة العناية المركزة إلى مخزن كبير الحجم ، غرفة للفريق الصحي، غرفة لتامين مسكن للنوم للأطباء الخفراء ، ومختبر وغرفة خاصة للزوار.

يكون نظام تقسيم عدد الممرضات بالنسبة إلى المرضى (١:٢) في كل وجبه عمل أي (١:٦) خلال اليوم الواحد بالنسبة للمرضى ذوي الحالات الحرجة . أما للمرضى المستفيدين نوعا ما فيكون التقسيم وجبة واحدة لكل مريضين (٢:١) وبشكل عام يكون تواجد الملاك التمريضي (٣٠-٥٠) ممرضه في وحدة العناية المركزة.

وان وحدة العناية المركزة تحتاج إلى عدة استشاريين يتراوح ما بين (٢-٧) ومن مختلف الاختصاصات مثل (طبيب التخدير، وطبيب سريري، المعالج الطبيعي).

## ٢. عربة الطوارئ

عربة مصنوعة من مادة قابلة للتنظيف بطريقة سهلة وغير قابلة للصدأ، ذات رفوف لحفظ المواد والأدوية الضرورية وأربع عجلات ذات أرجل.

**المحتويات:**

٢. ١ ضرورة وجود جهاز مراقبة القلب (Monitor) ، وجهاز الرجة الكهربائية (صدمات القلب) . توضع على الرف العلوي بطريقة تأمن عدم سقوطها بتحريك العربة بشكل مفاجئ فضلاً عن وجود جيل والكترودات.

٢. ٢ حقيبة إنعاش حجم كبير وصغير (Ambubag) فضلا عن قناع أوكسجين(Mask) مختلف الأحجام. تامين وجود أنابيب بأطوال مناسبة لتامين إيصال الأوكسجين من المصدر الى المريض.

٢. ٣ حامل محاليل يمكن رفعه وخفضه.

٢. ٤ جهاز لقياس ضغط الدم / سماعة طبية.

٢. ٥ ناظور القصبات بملحقاته(Laryngoscope) يصلح للاستعمال لكل الأعمار. ويفضل فحصه بين فترة وأخرى للتأكد من صلاحية بطاريته، بالإضافة إلى مختلف الأحجام من الأنبوب الفمي القصبي (Endotracheal tube).

٢. ٦ ضرورة وجود أدوية للطوارئ.

٢. ٧ أدراج أمامية أخرى لوضع.

- ناظمة خارجية External Pacemaker.
- محاليل مثل محلول ملح طبيعي ، دكستروز ٥%.
- قساطر وريدية مركزية ، كانيولا ، سرنجات مختلفة الأحجام ، أجهزة.
- قسطرة أوكسجين، قناطر شفط.
- أنبوبة معدة ، قسطرة للإدرار ، ( فوليز كاثتر وأكياس إدرار).
- • قفازات معقمة.
- مشارط جراحية.
- أنابيب لأخذ عينات الدم / الإدرار.
- جهاز تحليل السكر بالدم/ وشرائط.
- مطرقة فحص – مصدر ضوئي.
- شاش معقم + فوطة معقمة.
- مجموعة آلات العمل :

* فتح الوريد (قص الوريد) Venous cut-down.
* شق لوضع أنبوب فغر الرغامي Trachestomy.
* تركيب أنبوبة الصدر Chest tube.

**ملاحظة:** يختلف ترتيب عربة الطوارئ من مكان إلى آخر ولكـــن جميعهـــا تحـــتوي على أجهزة وأدوات وأدوية الطوارئ الأساسية وتنحصر مسؤولية الممرضة في:

- اختيار عربة الطوارئ في كل خفارة للتأكد من وجود كل الأدوية وكذلك إن الأجهزة تعمل بشكل فعال، كما انه لا يجب اســتخدام عربة الطوارئ إلا في حالات الطوارئ.
- الإلمام بموقع الأشياء على العربة وكيفية استخدام كل شيء.

**٣. تحضير السرير لاستقبال المريـــض في وحـــدة العنايـــة المركـــزة بجانب كل سرير في وحدة العناية المركزة يجب توفير الآتي:**

٣. ١ جرس لتلبية حاجات المريض أو الفريق الصحي.

٣. ٢ سرير ذو خصائص معينة مثل إمكانية تغييـــر الوضـــع،إزالـــة الرأس والجـــوانب وذلك لسهولة الحركة.

٣. ٣ جهاز (مراقبة) مثبت على رف في أعلى كـــل ســـرير ومتصـــل بجهاز مراقبة مركزي للمراقبة المستمرة من قبل الفريق الصحي.

٣. ٤ كابـــل متصـــل بـــالمونيتر لمراقبـــة تشـــبع الأوكســـجين Oxygen Saturation.

٣. ٥ جهاز تنفس اصطناعي تلقائي ، قناع تنفس ، قسطرة تنفس أنفيـــة متصل بحقيبة إنعاش ( Ambubag ) ومصدر أوكسجين رطب.

٣. ٦ جهاز قياس ضغط الدم على الحائط، سماعة طبية .

٣. ٧ جهاز لقياس الضغط الوريدي المركزي.

٣. ٨ مصباح متحرك.

٣. ٩ حامل محاليل.

٣. ١٠ مخارج هواء مضغوط، أوكســـجين ،Vacuum متصـــل بـــه (وحدة شفط) مثبتة على جدار أعلى قمة كل سرير مريض يمـــر عبرها الأوكسجين المركزي.

٣. ١١ فتحة أوكسجين لتوصيل الفلوميتر (منظم الأوكســـجين) بقنـــاع تنفس.

٣. ١٢ طاولة ذات رفوف لوضع بعض الأدوات ذات الاستعمال الواحد مثل ميــزان لقياس حرارة الجسم ، سرنجات، قفازات نظيفة ،قطن ،شاش ،مطهر، بلاستر.
٣. ١٣ مساحة لحفظ ممتلكات المريض.
٣. ١٤ مساحة لوضع سجلات المريض.
٣. ١٥ منضـــــــدة.
٣. ١٦ سلة مهملات .
٣. ١٧ قصريـــــــه.
٣. ١٨ ستائر بين الأسرة.
٣. ١٩ محاليل مثل محلول ملح طبيعي، دكستروز ٥%.
٣. ٢٠ قساطر وريدية مركزية ، كانيولا ، سرنجات مختلفة الأحجام ، أجهزة.
٣. ٢١ قسطرة أوكسجين، قثاطر شفط.
٣. ٢٢ أنبوبة معدة، قسطرة للإدرار (فوليز كاثتر وأكياس إدرار).
٣. ٢٣ قفازات معقمة.
٣. ٢٤ مشارط جراحية.
٣. ٢٥ أنابيب لأخذ عينات الدم/ الإدرار.
٣. ٢٦ جهاز تحليل السكر بالدم/أو شرائط.
٣. ٢٧ مطرقة فحص- مصدر ضوئي.
٣. ٢٨ شاش معقم + فوطة معقمة.
٣. ٢٩ مجموعة آلات لعمل:

- فتح الوريد(قص الوريد) Venous Cut-down.
- شق لوضع أنبوب فغر الرغامي Tracheostomy.
- تركيب أنبوبة الصدر Chest tube.

٤. الأدوية التي يجــب توفــرها في وحــدة العنايــة المركــزة :

*Adrenaline ( epinephrine)*
*Atropine*
*Nitroglycerine (Tridil)*
*Morphine*
*Isoproterenol(Isuprel)*
*Verapamil (isoptin,calan)*
*Digoxin (lanoxin)*
*Lidocaine*
*Procainamide*
*Bretylium*
*Sodium Bicarbonate*
*Dopamine*
*Dobutamine (Dobutrex)*
*Levophed (Norepinephrine)*
*Sodium nitro prusside(nipride)*
*Isordil*
*Angised*
*Epilat*
*Magnesium sulfate*
*Lasix*
*Aminophylline*
*Potassium chloride*
*Calcium Chloride*
*Decadron*
*Inderal*
*Valium(Diazepam)*
*Pavulon(Pancuroni)*
*Cordarone(amiodare)*
*Diltiazem(cardizer)*
*Adenosine*
*Mannitol*
*Glucagon*
*Phenobarbital*
*Heparine*
*Streptokinase*
*Actilyse*

# الفصــل الثاني

١.تقديم العناية التمريضية المباشرة بعد عمليات القلب.
٢.متابعة ومراقبة العناية التمريضية للمريض في وحدة العناية المركزة لمنع المضاعفات التي يمكن حـدوثها بعـد عمليـة القلب.
٣. تأهيل المريض في وحدة العناية المركزة.

# الفصل الثاني

**١. تقديم العناية التمريضية المباشرة بعد عمليات القلب والتي تتضمن:**

١.١ تسليم الممرض المريض بعد العملية مباشرةً بوضعية مستقيمة ثم توضع جميع أجهزة المراقبة والإنعاش.

١.٢ تزويد أنسجة الجسم بكميات كافية من الأوكسجين.

١.٣ تقويم الطرح القلبي.

١.٤ المحافظة على توازن السوائل والشوارد.

١.٥ إزالة الآلام.

١.٦ المحافظة على إدامة الدورة الدموية الدماغية.

١.٧ إدامة أدوات السحب.

١.٨ العناية بالقثطرة الوريدية المركزية.

١.٩ العناية بقسطرة المثانة.

**٢. متابعة ومراقبة العناية التمريضية للمريض في وحدة العناية المركزة لمنع المضاعفات والتي يمكن حدوثها بعد عملية القلب وهي:**

- نقص في حجم الدم.
- النزف الدموي المتواصل.
- الإحتشاء القلبي .
- عجز القلب.
- احتشاء العضلة القلبية.
- عجز الكلية.
- انخفاض الضغط الشرياني.
- الانصمامات.
- حدوث التزامن او النقاذل بعد نقل الدم.
- العصاب.

**وتشمل متابعة ومراقبة العنايـــة التمريضية ما يـــلي:**

٢. ١ يتم قياس ضغط ونبض المريض كل ربـــع ساعة ثم لكل ساعـــة لحين استقرار وضع المريض.

٢. ٢ تسجيل تخطيط القلب الكهربائي للتعرف على أعراض وعلامـــات (غير النظمية) للقلب أي عدم انتظام ضربات القلب.

٢. ٣ ملاحظة لون الجلد لمعرفة مدى الهبوط الحاصـــل فـــي الـــدورة الدموية.

٢. ٤ فحص الأنبوب الداخل إلى القصبة الهوائيـــة وملاحظـــة إيصـــاله بجهـــاز التنـــفس الاصطناعي ( Ventilator)، التأكد مـــن انـــه مفتوح وكذلك موقعه داخـــل القصبة الهوائية وفيما يلي التفاصـــيل التالية لتحسين أداء القائمين على العنايـــة بالمرضى وكالآتي:

٢. ٤. ١. التنبيـــــب (Intubation )

- تحضير الأدوات المستعملة قرب المرضى.
- لبس قناع الوجه.
- غسل اليدين وتعقيمها بالكحول.
- ارتداء الكفوف المعقمة
- المواد المستعملة في عملية التنبيب تكون معقمة.
- استعمال إناء معقم ، محلول ملحي أو مـــاء مقطـــر لترطيـــب الأنبوب أو استعمال قطـــع معقمـــة مـــن الشاش يوضع عليها مادة لتزييت الأنبوب.
- يمكن تحضير صينية معقمة حاويـــة علـــى الأدوات المعقمة.

٢. ٤. ٢. مص الإفرازات: ( Suction)

- تحضير الأدوات المستعملة.
- مساعدة المريض باتخاذ الوضع المناسب.
- غسل اليدين.
- تشغيل جهاز السحب.
- فتح أنبوب السحب المعقم بطريقة صحيحة.

- صب المحلول الملحي ( Normal saline) بكوب معقم مهيأ لهذا الغرض.
- ارتداء كف معقم في إحدى اليدين وأخر نظيف في اليد المساعدة.
- يتم التقاط أنبوب السحب باليد المعقمة ويربط جهاز السحب بواسطة اليد المساعدة.
- إدخال الأنبوب إلى داخل القصبة الهوائية وذلك بدفعه باليد المعقمة والضغط على صمام السحب باليد الأخرى.
- استعمال المحلول الملحي لشطف الإفرازات
- ينظف الفم من الإفرازات المتجمعة بعد الانتهاء من مص الإفرازات للرئتين بنفس الأنبوب.
- تشطف الأنابيب المربوطة بجهاز السحب بكمية كافية من المحلول الملحي.
- يتم التخلص من الكفوف وأنبوب السحب بلفه داخل كف ورميه في المكان المخصص ثم التخلص من المواد الأخرى.
- في حالة عدم توفر الأكواب المعقمة يمكن استعمال الأقداح الورقية لمرة واحدة ويتم التخلص منها.

٢. ٤. ٣. إدامة أدوات السحب: **Maintenance Of Suction equipment**

- استعمال جهاز منفصل لكل مريض.
- كل ملحقات الجهاز النبيذة (الأنابيب البلاستيكية ) يتم التخلص منها بين مريض وآخر.
- تغسل قناني تجميع الإفرازات وتجفف ثم تربط بها أنابيب سحب جديدة حال استعمالها.
- في حال احتياج المريض لجهاز السحب لأكثر من (١٢-٢٤) ساعة يجب تفريغ قنينة تجميع السوائل حسب نوبات العمل أو عند الحاجة.
- يتم تفريغ الإفرازات في غرفة الخدمات.

- ارتداء الكفوف عند تفريغ قناني تجميع الإفرازات.
- استعمال أنابيب سحب (Suction Catheter) جديدة لكل عملية سحب.
- يتم تبديل مرشح الجهاز في حال تغير لونه أو عندما يصبح رطب في حال استعمال جهاز سحب ارضي.

٢. ٥. يتم فحص قراءة جهاز التهوية (Ventilator) أو جهاز التنفس الاصطناعي.

٢. ٦. اخذ أشعة الصدر للمريض بعد العملية وفي اليوم الثاني من إجراء العملية.

٢. ٧. يتم فحص نسبة الغازات في الدم كل ساعتين.

٢. ٨. فحص صوت التنفس.

٢. ٩. فحص وتقويم معدل التنفس، عمق التنفس، ونوعيته.

٢. ١٠. فحص أنبوبة الصدر وفيما يلي الخطوات والأهداف التي يجب إتباعها في تحضير وتقديم العناية التمريضية بمريض أنبوبه الصدر: -

٢. ١٠. ١. أهداف أنبوبة الصدر:

- إزالة الهواء والإفرازات من التجويف البلوري ( Pleural).
- تسهيل تمدد الرئتين بعد عمليات الصدر الجراحية أو إصابة
- • تجويف الصدر.

٢. ١٠. ٢. الأدوات:

- فوط معقمة.
- مادة مطهرة.
- حقنة معقمة.
- أنبوبة صدر وجهاز إدخالها معقم.
- سرنجات.

٢. ١٠. ٣. أدوات صرف:

- ماء معقم في وعاء زجاجي خاص بأنبوبة الصدر.
- غطاء للزجاجة.
- أنبوبتا زجاج معقمتان (إحداهما قصيرة والأخرى طويلة).
- قطعة شاش معقمة.

- مخدر موضعي.
- أدوات معقمة لعمل غرز ومقص معقم.
- قفازات معقمة.
- حوض كلوي.
- شريط لاصق ومقص.
- جفت شرياني كبير عدد (٢).

٢. ١٠. ٤. المساعدة في إدخال أنبوبة الصدر.

- التأكد من أمر الطبيب.
- تقويم العلامات الحيوية وتنفس المريض.
- غسل الأيدي.
- تحضير الأدوات وتجهيز جهاز الصرف عن طريق توصيل الأنابيب الزجاجية بالوعاء الزجاجي المحتوي على ماء معقم بحيث تكون نهاية الأنبوبة الطويلة تحت سطح الماء ونهايــة الأنبوبة القصيرة فوق سطح الماء وطرفها العلوي معرضــاً للهواء.
- التأكد من المريض.
- شرح خطوات العمل للمريض.
- تحضير المريض عن طريق:
  * إعطاء المريض مسكن للألم حسب تعليمات الطبيب.
  * وضع المريض في وضعية الجلوس مع إمالته قليلا للأمام مستنـــدا على منضدة فوقها وسادة.
- مساعدة الطبيب عن طريق :
  * صب المطهر في جفنته فيها قطن.
  * سحب كمية المخدر المطلوبة.
  * ارتداء قفاز معقم.
- تجهيز أنبوبة الصدر وجهاز إدخالها ووضعهم على المعقــم وكذلك أدوات خياطة الجلد.
- وضع شاش معقم حول أنبوبة الصدر.
- توصيل أنبوبة الصدر بعد إدخالها بأنبوبة التوصيل ثم بجهاز الصرف.

- التأكد من انه تم طلب أشعة الصدر.
- الاعتناء بالأدوات.
- غسل الأيدي.
- ملاحظة العلامات الحيوية ، ضغط المريض ولونه
* تسجيل الآتي:
- العلامات الحيوية قبل وبعد الإجراء.
- كمية الإفرازات.
- استجابة المريض.

٢. ١٠. ٥. العناية التمريضية بمريض أنبوبة الصدر

- ملاحظة جهاز الصرف باستمرار.
- التأكد من عدم وجود انسداد في الأنبوبة المتصلة بين المريض والوعاء الزجاجي.
- التأكد من وجود نهاية الأنبوب الطويلة تحت سطح الماء ونهاية الأنبوبة القصيرة فوق سطح الماء وطرفها العلوي مفتوح.
- ملاحظة تحريك الماء إلى الأعلى مع كل شهيق إلى أسفل مع كل زفير للمريض.
- التأكد باستمرار من أماكن اتصال الأنابيب بعضها ببعض وأنها مثبتة جيداً ومحكمة.
- الاحتفاظ بعدد (٢) جفت شرياني كبير بجانب السرير.
- وتقفل أنبوبة الصدر عند الحاجة.
- ملاحظة كمية الإفرازات ، لونها ، ورائحتها كل (٨) ساعات.
- فحص الجرح وتغيير الضماد عند الحاجة.
- ملاحظة العلامات الحيوية باستمرار.
- مساعدة المريض على الحركة والتقليب المستمر.
- تشجيع المريض على الجلوس في السرير في فترات منتظمة.
- تشجيع المريض على إجراء تمارين التنفس لكل ساعة.
- تسجيل الآتي:
* وقت ملاحظة الجهاز

* وصف الإفرازات
* كمية الإفرازات
* حالة الجرح
* تنفس المريض
* الشعور بآلام عند وجوده

**ملاحظة:** في حالة نقل المريض يجب عدم غلق أنبوبة الصدر بل يجب إبقاء الوعـاء الزجاجي في مستوى تحت صدر المريض، لمنـع تسرب أي محلول داخـل صدر المريض.

٢. ١١. تقويم مدى استجابة المريض أو تحديد درجة وعيه.
٢. ١٢. تقويم بؤبؤ العينين بالنسبة لحجمها ضـيقة أو متسـعة ومـدى استجابتها للضوء.
٢. ١٣. تقويم مدى إدراك المريض لمحيطه كل ساعة( Orientation level).
٢. ١٤. يتم فحص الإحساس بالأطراف العليا والسفلى كل ساعة.
٢. ١٥. المحافظة على توازن السوائل وتغذية المـريض مـن خـلال عمـل سجـل توازن السوائل الداخلة والخارجة.

٢. ١٥. ١. كيفية التعامل مع القنى الوريدية والتسريب الوريدي
Insertion of Peripheral And intravenous infusion
- تهيئ الأدوات المستعملة قرب المريض
- تغسل اليدان وتعقم باستخدام الكحول.
- يربط الرباط المطاطي ويّحس الوريد.
- تلبس الكفوف.
- تعقم المنطقة باستعمال إحدى المحاليل المعقمة وتتم عملية التعقيم بحركة دائرية تبدأ من الوسط إلى الأطراف.
- تدخل القنينة وينزع المسبار ثم يربط جهاز التسريب الوريدي أو تغل القنينة بدفع المحلول الملحي (Normal Saline).

- توضع ضمادات معقمة مناسبة لتغطية مكان إدخال القنينة وتثبت بشريط لاصق.
- التأكد من خلو عبوات السوائل الوريدية من النضوح والشوائب من قبل ربطها بجهاز التسريب الوريدي.
- مسح الغطاء المطاطي للعبوة أو القنينة الحاوية على السوائل الوريدي قبل ربطها بجهاز الإعطاء بمادة معقمة وقطعة من الشاش أو القطن المعقم.
- تأمين منفذ هوائي معقم مخصص لهذا الغرض مزود بقطن داخل المسبار يبدل متى ما أصبح رطباً لتسهيل سريان السائل في حال استعمال العبوات الزجاجية.
- تغيير الضمادات متى ما أصبحت رطبة أو متسخة.
- مراقبة موضع إدخال القنى يومياً.
- تغيير جهاز الإعطاء كل (٤٨-٧٢) ساعة.
- يبدل جهاز الإعطاء حالا بعد الانتهاء من تسريب الدم أو بعض المحاليل الدهنية.
- تبديل العبوة كل (٢٤) ساعة.
- تغيير القنى الوريدية كل (٤٨-٧٢) ساعة.
- تغسل اليدان بعد نزع الكفوف والتخلص من المواد المتبقية في المكان المخصص لها.

٢. ١٥. ٢. كيفية التعامل مع القسطرة الوريدية المركزية(إدخال القسطرة) (C . V . C . Line).

- تهيئة الأدوات والمواد المستعملة قرب المريض.
- تحضير الجلد ( حلاقة المنطقة وغسلها بالماء والصابون وتجفيفها جيدا).
- مساعدة المريض باتخاذ الوضع المناسب وتحويل رأسه بعيدا عن موضع إدخال القثطرة.
- ارتداء قناع الوجه( Mask).
- غسل اليدين واستعمال الكحول لتعقيمها.

- تحضير محيط معقم على عربة أو منضدة تستعمل لهذا الغرض باستعمال الشراشف المعقمة الكبيرة.
- فتح الأدوات المعقمة بعناية وباستعمال الطريقة الصحيحة لمنع تلوثها
- صب مادة الايودين في إناء معقم.
- ارتداء الكفوف المعقمة.
- تعقم منطقة الإدخال (إدخال القثطرة) باستعمال قطع من الشاش المعقم المشبع بالايودين وبحركة دائرية ابتداءاً من المركز إلى الأطراف.
- يقوم الطبيب بارتداء قناع الوجه وغسل يديه جراحيا فضلا عن ارتداءه صدرية أو كفوف معقمة لتوفير محيط معقم.
- يستعمل غطاءان معقمان ، احدهما لتغطية المريض والثاني ذو فتحة وسطية دائرية لتغطية المنطقة المعقمة وتسهيل رؤية موضع إدخال القثطرة.
- تقوم الممرضة بتحضير جهاز التسريب الوريدي وربطه حال إدخال القثطرة.
- يقوم الطبيب بتثبيت القثطرة على الجلد باستعمال الخيوط الجراحية تنظيف بقايا الدم الموجودة على الجلد باستعمال المحلول الملحي وقطع معقمة من الشاش.
- تعقيم المنطقة بالايودين والشاش المعقم وبحركة دائرية تبدأ من المركز وتمتد إلى الأطراف.
- يؤمن موضع إدخال القثطرة بتغطيته بضمادات معقمة مناسبة تثبت بشريط لاصق.

**٢. ١٥. ٣. العناية بموضع القثطرة الوريدية المركزية : C . V .C Line**

- تحضير الأدوات قرب المريض.
- غسل اليدين وتعقيمهما باستعمال الكحول.
- ارتداء كفوف نظيفة لإزالة الضماد القديم، ثم التخلص من الضماد بقلب الكفوف عليه وإيداعه داخل كيس ورقي أو ابلاستيكي اعد لهذا الغرض.

- فتح الأدوات المعقمة بعناية باستعمال الطريقة الصحيحة.
- صب الكحول والايودين في إناءين معقمين.
- ارتداء الكفوف المعقمة.
- ينظف الجلد حول موضع القثطرة باستعمال ثلاث مسحات مشبعة بمادة الكحول ثم تكرار العملية باستعمال ثلاث مسحات منفصلة مشبعة بمحلول الايودين ، وبحركة دائرية تبدأ من المركز وتتسع إلى الأطراف وتترك لتجف.
- تبديل الضمادات كل ٤٨ ساعة أو عندما تكون رطبة أو متسخة.
- ينظف موضع ارتباط القثطرة بجهاز الاعطاء بمسحات مشبعة بالكحول أو الايودين .وكذلك يعقم الصمام الثلاثي المجرى three way tab بنفس الطريقة عند إعطاء الأدوية.
- يجب احكام غلق فوهة الصمام الثلاثي المجرى بسدادات معدة لهذا الغرض.
- تغيير أجهزة الاعطاء الوريدية كل (٢٤-٤٨) ساعة.
- توفير محيط معقم من الكفوف معقمة ، قناع الوجه ، شراشف معقمة لغرض إزالة او نزع القثطرة الوريدية.
- في حالة ملاحظة علامات الخمج في موضع القثطرة تؤخذ مسحة من الموضع قبل المباشرة بتعقيمها.
- يتم قطع ٥ سم من بداية القثطرة الموجودة داخل جسم المريض بعد نزعها باستعمال مقص معقم ووضعها داخل عبوة معقمة وإرسالها إلى المختبر لغرض الزرع البكتريولوجي.
- تزال الخيوط المثبتة للقثطرة وتسحب بهدوء بعد تغطية الموضع بضماد معقم مع استمرار الضغط على الموضع لبضع دقائق.
- تعقم المنطقة وتغطى بضماد معقم يثبت بشريط لاصق.

٢ . ١٦ . ملاحظة أعراض وعلامات الجفاف كل ساعتين.

٢ . ١٧. ملاحظة أعراض وعلامات الوذمة (احتباس السوائل بالجسم) كل ساعتين.

٢ . ١٨. قياس وزن المريض يوميا.

٢. ١٩. ملاحظة كمية الإدرار المطروحة ، لون الإدرار ، حموضية الإدرار، الوزن النوعي ، وكذلك ملاحظة أعراض وعلامات عدم كفاءة الكلية.

٢. ١٩. ١. قسطرة المثانة:

- تحضير الأدوات والمواد المستعملة قرب المريض.
- غسل اليدين.
- مساعدة المريض لاتخاذ وضع مناسب يسهل العمل.
- ارتداء كفوف نظيفة.
- تنظيف منطقة العجان باستعمال الماء والصابون وقطع من الشاش وبحركة من الأعلى إلى الأسفل وتجفف المنطقة بفوط ورقية.
- نزع الكفوف وغسل اليدين وتعقيمهما باستعمال الكحول.
- فتح الأدوات المعقمة.
- صب محلول الايودين في إناء محكم.
- ارتداء الكفوف المعقمة.
- تغطية المريض لتوفير محيط معقم وذلك باستعمال أغطية معقمة يفرش الأول تحت المريض والثاني على البطن والأخير ذو فتحة دائرية وسطية يستعمل لتغطية الفخذين وتسهيل رؤية إدخال القثطرة.
- تعقم منطقة قناة البول (Meatus urinary) باستعمال مسحات من القطن أو الشاش المعقم المشبع بمادة الايودين تنظف جوانب القناة ثم الوسط بمسحات منفصلة لكل جهة وباستعمال ملقط لتفادي تلوث الكفوف وبحركة من الأعلى إلى الأسفل (للنساء) أما المرضى (الرجال ) فيتم تعقيم المنطقة باستعمال مسحات معقمة مشبعة بمادة الايودين وبحركة دائرية تبدأ من قناة البول ثم تتوسع إلى الجوانب وباستعمال ملقط معقم أيضاً.
- يتم ربط جهاز تجميع الإدرار مع القثطرة والتأكد من أن صمام التفريغ مغلق بإحكام.

- بعد إدخال القثطرة ونفخ البالون يدفع المحلول الملحي بسرنجة معقمة،يلاحظ تثبيت كيس تجميع الإدرار تحت مستوى المثانة.
- الحفاظ على كيس التفريغ بعيدا عن ملامسة الأرض.
- التخلص من الأدوات المستعملة بطريقة مناسبة وفي المكان المناسب.
- غسل اليدين بعد نزع الكفوف.

### ٢. ١٩. ٢. العناية اليومية بقثطرة البول المستقرة (Indwelling Catheter).

- تحضير الأدوات المستعملة قرب المريض.
- غسل اليدين وتعقيمها بالكحول.
- فتح الأدوات المعقمة.
- صب الايودين أو أي محلول معقم آخر في إناء معقم بعد وضع ضمادات معقمة داخله.
- ارتداء كفوف معقمة.
- تنظيف قناة البول والأنسجة المحيطة بها فضلا عن القثطرة بحركة تبدأ من المركز إلى الخارج.
- مراعاة عدم سحب القثطرة إلى الخارج أثناء التنظيف.
- التخلص من المواد المستعملة بطريقة مناسبة وفي المكان المناسب.
- نزع الكفوف المعقمة.
- ارتداء كفوف نظيفة لتفريغ كيس الإدرار.
- استعمال مسحات مشبعة بالكحول لتنظيف الميزاب الخارجي لكيس الإدرار قبل وبعد التفريغ.
- يتم تفريغ الكيس في المرحاض.
- غسل اليدين بعد التخلص من الكفوف.

### ٢. ١٩. ٣. نزع أو إزالة القثطرة للمثانة :

- غسل اليدين .
- تحضير الأدوات المستعملة قرب المريض.

- وضع قصرية تحت المريض.
- تفريغ البالون بسحب السائل بسرنجة.
- تسحب القثطرة بهدوء مع سحب القصرية أو المفرش وكيس الإدرار. والتخلص منها في المكان المناسب.
- تنظيف المنطقة باستعمال مسحات من الشاش المعقم والايودين.
- غسل اليدين بعد نزع الكفوف.

٢. ١٩. ٤. استعمال القصرية والمبولة(**Bedpan and urinal**)
- ارتداء الكفوف عند التعامل مع القصرية أو المبولة.
- مساعدة المريض في تنظيف منطقة العجان بعد الانتهاء من استعمال القصرية وذلك بغسل المنطقة بالماء والصابون وتجفيفها بفوط ورقية.
- يتم تفريغ محتويات المبولة أو القصرية بالمرحاض.
- تشطف بالماء البارد.
- تنظف باستعمال محلول مطهر(القاصر)وتجفف أو باستعمال جهاز غسيل القصريات الخاص إن وجد.
- تحفظ في مكان مخصص.
- غسل اليدين بعد التخلص من الكفوف.
- في حال استعمال المريض للقصرية ولديه قثطرة في المثانة يتم تعقيم قناة البول بالايودين وقطع من الشاش المعقم.

٢. ٢٠. ملاحظة قابلية المريض للنوم بعد عملية التنبيب (Intubation).
٢. ٢١. ملاحظة وجود علامات عدم الراحة ، ووجود الألم أو التعب.
٢. ٢٢. ملاحظة أعراض أو علامات الخوف، الكآبة، الهلوسة، وعدم الإدراك للمحيط الخارجي.
٢. ٢٣. يتم تغيير وضعية المريض ووضعه على الجانب كل ساعتين.
٢. ٢٤. إعطاء المريض الأوكسجين وسحب الإفرازات خلال وجود التنبيب.

٢. ٢٥. يتم سحب الإفرازات بعد عملية إنهاء التنبيب(Extubation).
٢. ٢٦. تشجيع المريض على عمل التمارين للتنفس كل ساعتين.
٢. ٢٧. يتم تسجيل السوائل المأخوذة والمطروحة بكل دقة كل ساعة.
٢. ٢٨. تشجيع المريض على اخذ السوائل في حالة سماح الطبيب له.
٢. ٢٩. إعطاء المسكنات للمريض كل ٣ ساعات وحسب أوامر الطبيب.
٢. ٣٠. العناية بالفم والمحافظة على صحة الفم.
٢. ٣١. يتم تغيير شراشف السرير (Bed Making) وكآلاتي:

- تحضير الشراشف والأغطية اللازمة.
- تغسل اليدان.
- لبس الكفوف.
- تبديل الشراشف المجعد والمتسخ والملطخ منها.
- تبديل الشراشف بعد خروج المريض لغرض تهيئة السرير لمريض آخر.
- تجمع الشراشف المستعملة في كيس الغسيل أو كيس بلاستك .
- تستعمل الوزرة عند حمل أو تقليب المريض.
- تجنب نفض الشراشف المستعملة.
- غسل اليدين بعد نزع الكفوف.

٢. ٣٢. يتم جمع العينات من المريض وكالآتي:

- تدوين اسم المريض والردهة على الحاوية المخصصة لجمع العينات.
- ارتداء الكفوف لغرض جمع العينات.
- ترتيب حاويات النماذج على قطعة نظيفة من الشاش أو المناديل الورقية.
- الحرص على إبقاء حاويات النماذج بصورة عمودية لتفادي انسكاب السوائل الموجودة أو تلوث الحاوية نتيجة تسرب السوائل إلى السطح الخارجي.
- تنقل حاويات النماذج داخل صينية أو صندوق مخصص لهذا الغرض.

- تنزع الكفوف وتغسل اليدان جيداً .
- الحرص على أن تكون اليدان نظيفتان عند لمس السطح الخارجي لحاوية نقل النماذج أو استمارات توثيق المعلومات عند نقلها إلى المختبر.
- التأكيد على تنظيف حاوية نقل النماذج بالمواد المطهرة أسبوعيا أو عند اتساخها ، ويفضل تعقيمها أسبوعيا إن كانت قابلة للتعقيم.

٢. ٣٣. يتم عمل طبطبة على الظهر للتخلص من الإفرازات بالصدر.
٢. ٣٤. يتم إسناد العملية عند حدوث الكحة للمريض.

**٣. تأهيل المريض في وحدة العناية المركزة**

يلعب تأهيل المريض من الناحية الجسمية والنفسية الدور الأساسي لإدامة صحته وتفادي حدوث المضاعفات . حيث أن المرضى الموجودين في العناية المركزة يتراوح بقائهم مابين (٢-٣) أيام وتكون حالتهم النفسية والصحية غير مستقرة مما ينعكس سلباً على التركيز والاستيعاب ولذلك يفضل أن يكون التثقيف الصحي والتأهيل في وقت متأخر بعد العملية أي في الردهة الجراحية.

# الفصل الثالث

١. الأهداف العامة.
٢. خطة العناية التمريضية التثقيفية للمرضى.

# الفصل الثالث

التثقيف الصحي للمريض والعائلة وتكيفهم على الوضع الحالي وكيفيـة التعامل مع المريض من الناحية الجسمية والنفـسية.

إن الاهتمام بسد حاجات المريض الجسـمية والنفسـية والروحيـة وتحويله من فرد معتمد على الآخرين إلى فرد معتـمد على نفسه يتفاعل مع الحيـاة بشكل إيجابي هو من الأهداف الأساسيـة التي تسـعى الممرضة لتحقيقها .

**١. الأهـداف العامـة: -**

- وضع المريض بأحسن حالته النفسـية والجسميـة.
- توجيه الجهود لتقليل مضاعفات ما بعد العملية.
- تقليل الشـد النفسي.
- تقليل استهلاك الأدوية المهدئة بعد العملية.
- تقليل فترة بقاء المريض في المؤسسـة الصحية بعد العملية.

تعتبر عمليات القلب مصدر لإثارة القلق والخوف الشـديد لدى المريض وعائلته وتتلخص مخاوف المريض من خوفه من الألـم والتغيـرات غيـر المرغوبة التي تطرأ على هيئة الجسم الخارجية.

**٢. خطـة العنايـة التمريـضية التثقيفية للمريض :**

٢. ١. توفير الإسناد النفسي للمريض بالإجابـة علـى الأسـئلة التـي يطرحـها بشكـل واضح وبسيط.

٢. ٢. إعطاءه الوقت الكافي للتعبير عن مشاعره ومخاوفه بالإضافة إلى توضيـح وتصحيح المعلومات الخاطئة.

تشكل الآلام ما بعد العملية هاجس غير مرضي يسيطر على تفكير المريض ويوجه فعالياته مسببا عدم الارتياح والاضطراب في عادات نومه.

- تكرار هذه الفعالية (١٥) مـرة كل خمـس مـرات شهيـق وزفـير. تتولى الممرضة تشجيع ومساعدة المريض على أداء الفعالية في اليوم الأول والثاني وتشجيعه بالاستمرار على أدائها خلال الأسبوع الأول بعد العملية.

**السـعال الفعال:** تقوم الممرضة بشرح الخطوات الآتية لتنفيذ هذه الطريقة.

- يأخذ المريض وضعية شبه الجلوس في فراشه.
- تشجيع المريض على القيام بإحداث سعال شديد في البطن بواسطة زفير قصير وحاد مع إسناد منطقة العملية بضـغط اليـدين علـى المنطقة أو استخدام الوسائد والشراشف لهذا الغرض من الممكن قيام الممرضة بمساعدة المريض وإسناد المنطقـة. إن تعلـيم المـريض وتشجيعه على أداء هذه الفعاليات يسهم في تقليل الألـم ، وتجنـب حدوث المضاعفات الرئوية بعد العملية بالإضافة إلى إزالـة القلـق والكآبة وتوتر العضلات.

٢. ٣. تتابع الممرضة توعية المريض وإعطاءه المعلومـات اللازمـة والدقيـقة عن التئام الجرح والعوامل المسـاعدة علـى ذلـك، فيوصف الالتئام بان ترميم وتجـديد في اسـتمرارية الأنسـجة، للجسم السليم القدرة والقابلية لحماية وتجديـد أنسـجته قطريـاً وكخطوة ابتدائية لعملية الالتئام ، فان زيادة تدفـق الـدم إلـى المنـطقة المصابة يسهم في التخلص من بقايا الأنسجة والسموم وتزويد المنطقة بما تحتاج إليه من غذاء وأوكسجين بالإضافة إلى ذلك نشاطات كريات الـدم الحمـراء والبيضاء وعدد الصفيحات الدموية في المنطقة التالفة يعجل من عملية التئام الجروح.

٢. ٤. تزويد المريض بالمعلومات الكافية عن التغيرات التي يحدثها الألم والمؤشـرات الجسمية كزيادة عدد ضـربات القلـب، التـنفس، وزيادة في ضغـط الدم مع التعرق والشحوب بالإضـافة إلـى توسع حدقة العين.

٢. ٥. تزويد المريض بالمعلومات الكافية عن الألم عقب العملية فان تمزق الأنسجة والعضلات نتيجة العملية أو تحريك بعض الأعضاء يسبب في إفراز بعض المواد الكيمياوية التي تحفز نهايات الأعصاب أو نتيجة لاختلال وصول الدم الكافي لأجزاء الجسم أو لشدة الضغط المسلط على منطقة العملية بواسطة ضمادات محكمة الربط أو لأسباب أخرى حيث يؤدي هذا إلى تقلص العضلات القريبة من الجرح. يتلاشى الألم تدريجيا عادة بعد مضي (٤٨) ساعة من العملية إذا لم تحدث مضاعفات أخرى.

٢. ٦. تقوم الممرضة بتشجيع المريض على تعليم وأداء عملية التنفس العميق وعملية السعال الفعال كوسيلة لتقليل الألم وتحسين أداء الجهاز التنفسي وتنشيط جريان الدم خلال الأنسجة والعضلات لتنفيذ هذه العملية نتبع الخطوات الآتية:

- تساعد الممرضة المريض بأخذ وضعية الجلوس في سريره مع إسناد الرأس والرقبة بوسائد كافية .
- توضع اليدان على المنطقة العليا من البطن أو على جانب المريض.
- ضم الركبتين إلى البطن لتقليل توتر عضلات البطن وتسهيل ملئ الرئتين بالهواء بصورة كافية.
- يأخذ المريض شهيقا بطيئا عن طريق الأنف لملئ الرئتين بالهواء.
- يمتنع المريض عن إخراج الهواء (الزفير) لمدة ثلاث ثواني .
- ثم يدفع الهواء إلى الخارج بواسطة زفير بطيء من بين شفتين شبه مضمومتين يأخذ بعدها فترة استراحة.

٢. ٧. تؤدي الممرضة دوراً مهما في توجيه وإرشاد المريض للطرق الكفيلة لتحسين عملية التئام الجرح وتحاول جاهدة تشجيعه على أداء تمارين التنفس العميق والسعال الفعال ، بالإضافة إلى توجيه المريض للاهتمام بنوعية الغذاء الذي يتناوله

٢. ٨. ومن المعروف أن المريض يفقد بعضا من وزنه بعد العمليات الجراحية لقلة السعرات الحرارية المأخوذة ونتيجة لاعتماده على

السوائل الوريدية لبعض الوقت بعد العملية لذا يقتضي تناوله العناصر الغذائية التي تسهم بشكل فعال في عملية التئام الجروح:

- **البروتينيات:** وهي المادة الغذائية الضرورية للمحافظة على توازن النيتروجين وتزويد الجسم بالأحماض الأمينية اللازمة لتولد خلايا جديدة مثل (اللحوم، الحليب، البيض).

- **الفيتامينات وخاصة فيتامين C:**

تحدث الممرضة المريض على تناول الأطعمة الغنية بهذا الفيتامين كالفواكه والخضراوات فمن الممكن إعطاء المريض بعض الوصفات الغذائية الغنية بالبروتينات والفيتامينات مثل :
تناول مزيج من الحليب والبيض مع إضافة قليل من السكر أو العسل أو تناول الكاستر أو خلاصة اللحم بالإضافة إلى عصير البرتقال والطماطة.

## *References:*


1. *Benett D. and Bion J. : Organization of Intensive care. BMJ Vol. 318 29 May 1999 .Pp 1468-1470*

2. *Porter S. and Tinker J. : A Course in Intensive therapy Nursing , Ist ed . 1985.*

3. *Brunner , L. S. and Suddarth , D .S . : Medical Surgical Nursing . New york . Lippincott Company 1992.*

4. *Gilliss . C . ( and Other ) " A randomized Clinical trial of Nursing Care for recovery from Cardiac Surgery." Heart and Lung . 22(2) , 1993 .Pp 125 –133.*